

Musterverordnung Nr. 7 Sauerstoff-Sättigungsmonitoring Pädiatrie

MiGeL-Limitationen

Bis zu einer Therapiedauer von max. drei Monaten kann ein kurzfristiges Sauerstoffmonitoring von einem Arzt oder einer Ärztin verordnet werden. In palliativen Situationen/bei Kindern mit Risiko auf SIDS in Rücksprache mit der Lungenliga auch länger möglich. Nach drei Monaten ist eine Verordnung von einem Pneumologen notwendig.

Anmeldung und Therapiebeginn

Bitte senden Sie uns die Anmeldung mit der Verordnung Nr. 7 inkl. Kurzbericht zwei bis vier Tage vor Therapiebeginn per E-Mail zu. Falls ein zusätzliches O₂-Therapie-system benötigt wird, ebenfalls Sauerstoffverordnung Nr. 2 oder 4 senden. Bei einer kurzfristigen Organisation wenden Sie sich zuerst telefonisch an die Lungenliga.

PÄDIATRISCHE VERORDNUNG
Sauerstoffsättigungsmonitoring
und Sauerstofftherapie

Erstverordnung
WiederholungsV
(von Liga auszufüllen)
MiGeL KLV 7

7



LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

| | |
|------------------------|--|
| Name/Vorname _____ | Geschlecht _____ |
| Adresse _____ | Geburtsdatum _____  |
| PLZ/Ort _____ | KT _____ |
| Telefon/Natel _____ | Sozialversicherungs-Nr. _____ |
| Versicherer _____ | Krankheit/IV _____ |
| Versicherten-Nr. _____ | |

B) Hauptdiagnose (bitte Code wählen) 90 Andere

| | |
|--|--|
| <p>P00 Chronische Lungenerkrankung des Frühgeborenen <small>(Bsp. Broncho-pulmonale Dysplasie, chronische Lungenerkrankung)</small></p> <p>P10 Angeborene/erworbene neonatale Lungenerkrankungen <small>(Bsp. Zwerchfellhernie)</small></p> <p>P20 Pulmonale Hypertension <small>(Bsp. Trisomie 21)</small></p> <p>P30 Interstitielle Lungenerkrankung <small>(Bsp. chILD)</small></p> <p>P40 Fortgeschrittene CF & andere Bronchiektasenerkrankungen</p> | <p>P50 Bronchiolitis obliterans</p> <p>P60 Erkrankungen des Thorax <small>(Bsp. Thoraxdystrophie, schwere Kyphoskoliose)</small></p> <p>P70 Neuromuskuläre Erkrankungen</p> <p>P80 Diverses <small>(Bsp. nächtliche Hypoxien bei Sichelzellanämie, Arnold-Chiari-Malformation, syndromale & metabolische Erkrankungen, Tracheotomie)</small></p> <p>90 Andere _____</p> |
|--|--|

C) Verordnung Sättigungs-/Pulsmonitoring

| | |
|--|--|
| <p>Monitorgrenzen</p> <p>SpO₂ minimal: _____ % SpO₂ maximal: _____ %</p> <p>Puls minimal: _____ Puls maximal: _____</p> | <p>Alarmfilter</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = aus <input type="checkbox"/> 15 Sekunden</p> <p><input type="checkbox"/> 20 Sekunden <input type="checkbox"/> Andere: _____ Sekunden</p> |
|--|--|

D) Verordnung Therapie-System O₂-Konzentrator mit mobilem System ohne mobilem System Flüssiggas-System

Initialeinstellungen

Dosierung _____ L/Min.

Bemerkung

Wenn <SpO₂ minimal, dann um _____ L/Min. erhöhen bis Maximaldosierung von _____ L/Min.

Wenn >SpO₂ maximal, dann um _____ L/Min. reduzieren.

E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause Ja Nein
(gemäß Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 01.01.2015)

| | | |
|---|--|--|
| <p>Richtwert in Minuten</p> <p>(1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.</p> <p>(2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate.</p> <p>(3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.</p> | <p>Erstes Jahr: 400 Minuten</p> | <p>Folgejahr: 200 Minuten</p> |
|---|--|--|

F) Verordnender Pneumologe

| | |
|--|---|
| <p>Verordnender Pneumologe _____</p> <p>Abteilung/Klinik _____</p> <p>Datum der Entlassung _____ </p> <p>Datum der Verordnung _____ </p> <p>Kinderarzt _____</p> <p>Pädiatrischer Pneumologe _____</p> | <p>Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> |
|--|---|

Verordnung senden an **Lungenliga St.Gallen–Appenzell, Kolumbanstrasse 2, 9008 St.Gallen. Tel. 071 228 47 47, info@lungenliga-sg.ch**

- a** Bitte angeben, ob Erstverordnung oder Wiederholungsverordnung. MiGeL und KLV 7 wird durch die Lungenliga ausgefüllt.
- b** Bitte füllen Sie die Punkte A) und B) vollständig aus.
- c** Notieren Sie bitte die Sättigungs und Monitorgrenzen vollständig.
- d** Notieren Sie die Initialeinstellung sowie die Korrekturmassnahmen.
- e** Kreuzen Sie bitte «Ja» an, damit die Lungenliga ihre Beratungsleistungen verrechnen kann.
- f** Bitte vollständig ausfüllen, inklusive Unterschrift, Stempel und ZSR-Nummer. Die Verordnung wird sonst von der Krankenkasse nicht anerkannt.

Die Verordnungsformulare sind auch online verfügbar unter www.lungenliga-sg.ch.
Oder einfach QR-Code abschnappen, downloaden und ausfüllen.

